

**Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità del professionista
incaricato dal Soggetto Esecutore**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____),
il _____, in relazione all'incarico di Consulente per la Valutazione conferito dal
Soggetto Esecutore AOU Meyer IRCCS – Centro Salute Globale per l'Iniziativa co-finanziata
dall'AICS dal titolo "Creazione di una rete sanitaria in Kenya, Tanzania e Uganda" avente codice
AID 012519, dichiara di prestare il proprio incarico nel rispetto di quanto previsto dalle Procedure
Generali dell'AICS.

Il Sottoscritto dichiara inoltre:

1. di non essere stato dichiarato interdetto, inabilitato, fallito o condannato ad una pena che importa l'interdizione, anche temporanea, dai pubblici uffici o l'incapacità ad esercitare uffici direttivi;
2. di non essere legale rappresentante, amministratore e/o direttore generale del Soggetto Esecutore che conferisce l'incarico o di altre società o enti che lo controllano, ne sono controllati o sono sottoposti al comune controllo;
3. di non essere parente o affine entro il quarto grado del legale rappresentante, degli amministratori, e/o dei direttori generali del soggetto che conferisce l'incarico o di altre società o enti che lo controllano, ne sono controllati o sono sottoposti al comune controllo;
4. di non essere legato al soggetto che conferisce l'incarico o ad altre società o enti che lo controllano, ne sono controllati o sono sottoposti al comune controllo, da rapporti di lavoro autonomo o subordinato;
5. di non trovarsi in altra situazione che ne comprometta, comunque, l'indipendenza o qualsiasi conflitto d'interessi nei confronti del soggetto/società.

Luogo, Data: _____, \ \

Firma